

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УО «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

ДОСТИЖЕНИЯ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ, КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ

Материалы 69-ой научной сессии сотрудников университета

29-30 января 2014 года

УДК 616+615.1+378
ББК 5Я431+52.82я431
Д 70

Редактор:

Профессор, доктор медицинских наук В.П. Дейкало

Заместитель редактора:

доцент, кандидат медицинских наук С.А. Сушков

Редакционный совет:

Профессор В.Я. Бекиш, профессор Г.Н. Бузук,
профессор С.Н. Занько, профессор В.И. Козловский,
профессор Н.Ю. Коневалова, д.п.н. З.С. Кунцевич,
д.м.н. Л.М. Немцов, профессор В.П. Подпалов,
профессор М.Г. Сачек, профессор В.М. Семенов,
доцент Ю.В. Алексеенко, доцент С.А. Кабанова,
доцент Л.Е. Криштопов, доцент С.П. Кулик,
ст. преп. Л.Н. Каныгина.

ISBN 978-985-466-694-5

Представленные в рецензируемом сборнике материалы посвящены проблемам биологии, медицины, фармации, организации здравоохранения, а также вопросам социально-гуманитарных наук, физической культуры и высшей школы. Включены статьи ведущих и молодых ученых ВГМУ и специалистов практического здравоохранения.

УДК 616+615.1+378
ББК 5Я431+52.82я431

ISBN 978-985-466-694-5

© УО “Витебский государственный
медицинский университет”, 2014

Таблица 1. Некоторые клинические параметры у больных псориазом перед началом курса инфузионной терапии реамберином

Параметры	Группы больных			
	1-я (n=43)		2-я (n=20)	
	Число больных	%	Число больных	%
Псориатическая эритродермия (парциальная)	11 PASI=34,9	25,5	5 PASI=32,4	25
Псориатическая артропатия, ФНС I-II (кожные поражения)	15 PASI=17,0	35	6 PASI=16,8	30
Крупнобляшечный (диффузный)	17 PASI=29,0	39,5	9 PASI=28,2	45
Стадия				
- прогрессирующая	18	41,8	8	40
- стационарная	25	58,2	12	60

Таблица 2. Динамика иммунного статуса у больных псориазом до и после курса инфузионной терапии реамберином

Показатель	Группа больных			
	1-я (n=43)		2-я (n=20)	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Лейкоциты, 10 ⁹ /л	7,65±0,31	8,76±0,28	6,54±0,48	6,76±0,3
Лимфоциты, %	29,0±1,42	27,0±1,6	23,5±1,9	26,0±1,5
CD3-лимфоциты, %	68,2±2,2	72,8±2,7	63,1±2,2	66,1±2,3
CD4-лимфоциты, %	44,2±1,9	53,2±2,1	41,3±2,1	42,4±1,6
ЦИК, ед.опт.пл.	354±80,0	154±43,0	233±41,0	197±34,0

ного с учётом площади поражения, массы тела пациента и коэффициента в лечении пациентов рефрактерными формами псориаза по сравнению с группой сравнения.

Выводы.

1. Сочетанное использование 1,5% раствора «Реамберин» для внутривенных капельных введений и традиционной терапии позволяет в течение 3-х недель получить «значительное улучшение» у большей части пациентов с рефрактерными формами псориаза и выявить его элиминирующий (ЦИК) и иммуностимулирующий эффекты (CD4-лимфоциты).

2. Суточный объём раствора «Реамберин» целесообразно подбирать с учётом площади поражения кожи, массы тела пациента и коэффициента, что соответствует введению 400-800 мл этого детокси-

канта в сутки, всего на курс до 10 таких внутривенных введений.

3. Эффективные клинические результаты применения 1,5% раствора «Реамберин» у больных с рефрактерными формами псориаза (парциальная эритродермия, диффузный и артропатический псориаз) позволяют сделать заключение о возможности более широкого внедрения детоксиканта «Реамберин» в практику дерматовенеролога.

Литература:

1. Лукьянов, А.А. Псориаз: объективизация выбора рациональной терапии: метод. пособие / А.М. Лукьянов. – Минск: ДокторДизайн, 2011. – 192 с.
2. Кузнецов, А.А. Лечение вульгарного псориаза иммунобиологическими препаратами / А.В. Кузнецов // Дерматолог. – 2010. 01:063-069.

АКТУАЛЬНОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ И КОЖИ

Лазюк О.М., Спиридонов В.Е., Саларёв В.В.

УЗ «Витебский областной клинический кожно-венерологический диспансер»

Актуальность. Кожа является одним из важнейших органов и выполняет защитную, терморегулирующую, иммунную, рецепторную и другие витально значимые функции. Кожа вовлекается первично либо вторично в патологические процессы: дегенеративные, инфекционные и асептические воспалительные, системные, травмы и неопластические первичные, метастатические и злокачественные опухоли (меланомы).

В современной УЗ- диагностике мягких тканей широко применяется методика цветового доплеровского картирования. При помощи цветового

доплера получают информацию о кровоснабжении исследуемой структуры. Таким образом, используя данные, полученные в В-режиме, в режиме цветового доплера и при оценке эластичности тканей мы можем по данным критериям делать вывод о том, какова природа исследуемой структуры.

В дерматологии все более актуальными становятся методы объективной оценки состояния кожи. Одним из наиболее точных и при этом неинвазивных методов диагностики является ультразвуковое исследование (УЗИ) кожи датчиком от 7,5-12 МГц и более 20 МГц. Данная методика

является абсолютно безопасной и безболезненной. Все исследования проводятся без повреждения целостности тканей и могут повторяться на одном и том же участке кожи многократно. УЗИ позволяет увидеть все слои кожи (эпидермис и дерму) и подкожно-жировую клетчатку. Полученные данные оцифровываются и помещаются в базу данных, что позволяет легко проводить сравнительный анализ снимков полученных в динамике.

Цель исследования. Определить информативность УЗ-метода диагностики при хронических дерматозах у различных групп больных. Определение толщины кожи в динамике, в процессе проведения лечения или косметологических процедур, а также анализ образований в коже.

Материал и методы. Для ультразвукового исследования кожи нами за 2010-2013 гг. в каждом отделении УЗ ВОККВД было проведено 42 наблюдения использовался цветной ультразвуковой сканер SonoScape SSL-1000 с линейным датчиком частотой 21 МГц. Для исследования и оценки состояния мягких тканей не требуется специальная подготовка пациентов.

Результаты и обсуждения. Пациенты были госпитализированы в различные отделения диспансера с самыми разнообразными диагнозами: пузырчатка (6 больных), склеродермия (12 больных), псориаз (10 больных), красный плоский лишай (6 больных), пиодермия (6 больных), красная волчанка (2 пациента). Несмотря на многообразие клинических проявлений, в 14 случаях было диагностировано патологическое изменение эпидермиса, дермы, что выражалось в максимальном поглощении энергии ультразвука (у пациентов с склеродермией, красной волчанкой). Следует отметить, что у больных пузырчаткой наблюдалось визуально уменьшение поглощения ультразвуковой энергии.

Проведение УЗ-диагностики участков поражения кожи позволило оценить в динамике изменения состояния кожи в процессе проведения курса наружных физиотерапевтических и нетрадиционных

методов лечения, в том числе и косметологических процедур (лечение участков рубцовой атрофии, лечение пузырных дерматозов, контроль аппаратных процедур). Определить метод лечебного воздействия и оценить его эффективность в каждом конкретном случае. Диагностировать морфологические изменения толщины и глубины инвазии хронических воспалительных дерматозов (псориаз, красный плоский лишай, эритемы), а также влияние на кожу наружных лекарственных средств.

Так, например, при проведении УЗ кожи у больных установлено, что толщина кожи в псориатических бляшках увеличивается в среднем на 55% по сравнению с нормальной кожей. Эпидермис утолщен и гиперэхоген. Утолщение эпидермиса и наличие поверхностных чешуек создают эпидермальную полосу с высокой отражающей способностью, от которой в подлежащую дерму идут очаговые теневые конусы. На уровне сосочкового слоя дермы присутствует гипоэхогенная полоса различной толщины, более выраженная в острую фазу. Таким образом, по данным УЗИ кожи можно судить о стадии процесса.

Выводы.

1. Ультразвуковое исследование кожи является информативным методом в комплексной и дифференциальной диагностике заболеваний кожи.
2. Ультразвуковое исследование кожи является безопасным и неинвазивным методом позволяющим получить достоверную информацию о структуре участков повреждения кожи.

Литература:

1. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике / под ред. В. В. Миткова. – М.: Видар. – 1998. – Т. 2.
2. Еськин, Н. А. Ультразвуковые методы исследования в травматологии и ортопедии / Н.А. Еськин, А.И. Крупаткин, С.А. Горбатенко // Вест. травматологии и ортопедии им. Н. Н. Пирогова. – 1996. – № 4. – С. 52–58.

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ В ДИАГНОСТИКЕ ГРИБОВИДНОГО МИКОЗА НА РАННЕЙ СТАДИИ

Мяделец В.О.

УО “Витебский государственный медицинский университет”

Актуальность. Лимфомы кожи – группа опухолей, развивающихся в коже из Т- и В-лимфоцитов. В связи с этим выделяют Т- и В-клеточные лимфомы кожи. Грибовидный микоз является наиболее часто встречающейся разновидностью первичных Т-клеточных лимфом [1]. В основе грибовидного микоза лежит моноклональная пролиферация в коже атипичных лимфоцитов. Встречаются гипер- и гипопигментированные формы, а также формы с фолликулотропизмом [3]. Излюбленными местами локализации высыпаний является нижняя часть туловища, ягодицы, бедра, а также молочные железы у женщин [2]. Описаны случаи поражения грибовидным микозом исключительно ладоней

и подошв [2]. Чаще грибовидный микоз возникает у лиц мужского пола старше 40 лет, но может диагностироваться и в более раннем возрасте. Описан случай возникновения грибовидного микоза у близнецов [4]. Выделяют три стадии грибовидного микоза: эритематозно-сквамозных пятен, бляшечную и опухолевую [3, 4]. Первоначальные высыпания обычно представлены не возвышающимися над поверхностью кожи пятнами. Пятна варьируют в размерах и форме и имеют четкие границы с окружающей здоровой кожей [2]. В бляшечную стадию происходит утолщение уже существующих пятен за счет обильной инфильтрации кожи атипичными лимфоцитами. Опухолевая стадия